STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 45532
15 december 2015

Macrobeheersinstrument geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016

Vastgesteld op 1 december 2015
NADERE REGEL NR/CU-567

Gelet op de artikelen 36, 62 en 68 van de Wet marktordening gezondheidszorg besluit de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) tot vaststelling van de navolgende regeling.

Artikel 1. Reikwijdte

Deze regeling van toepassing op het verzekerd pakket op grond van de Zorgverzekeringswet voor zover het de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) betreft.
Deze regeling is voorts van toepassing op zorgverzekeraars als bedoeld in artikel 3, onderdeel g.
Deze regeling is daarnaast van toepassing op degene die gegevens verzamelt, bewaart en bewerkt ten behoeve van zorgaanbieders of zorgverzekeraars, alsmede op de groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, indien zorgaanbieders of zorgverzekeraars daartoe behoren.

Artikel 2. Doel

Deze regeling heeft tot doel uitvoering te geven aan het macrobeheersinstrument (MBI) en daarbij de navolgende voorwaarden, voorschriften en/of beperkingen te stellen:
– administratievoorschriften;
– voorschriften met betrekking tot regelmatige gegevensverstrekking;
– voorschriften met betrekking tot afdracht in verband met overschrijding van een grens als bedoeld in artikel 50, tweede lid, onder c, van de Wmg.

Artikel 3. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:
a. *minister:* de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
b. *zorgaanbieder:* de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig geneeskundige geestelijke gezondheidszorg verleent én de houder is van de algemeen gegevensbeheer code (AGB-code) die door de zorgverzekeraar aan de NZa is verstrekt ten behoeve van de uitvoering van het macrobeheersingsinstrument;
c. *DBC:* Diagnose Behandeling Combinatie;
d. *DBC-zorgproduct:* de DBC-zorgproducten zoals omschreven in artikel 3 van de beleidsregel ‘Prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg’;
e. *prestatie Basis GGZ:* de prestaties Basis GGZ als omschreven in artikel 4 van de beleidsregel ‘Generalistische Basis GGZ’;
f. *ZZP GGZ zorgproducten:* de prestaties ZZP GGZ zorgproducten als omschreven in artikel 3 van de beleidsregel ‘Prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg’;
g. *zorgverzekeraar:* een verzekeraar als bedoeld in artikel 1, onder b, van de Zorgverzekeringswet;
h. *Zorgverzekeringsfonds:* het fonds als bedoeld in artikel 39 van de Zorgverzekeringswet;
i. *budgettair kader zorg (BKZ):* door het Ministerie van VWS jaarlijks vastgesteld macrokader dat de beschikbare middelen per jaar omvat voor een bepaald type zorg[1];
j. *macrobeheersinstrument (MBI):* instrument waarmee op grond van de artikelen 35, zevende lid en artikel 50, tweede lid, van de Wmg, ontstane overschrijdingen op het BKZ achteraf kunnen worden geredresseerd;
k. *macro-omzetgrens:* de bovengrens als bedoeld in artikel 50, tweede lid, onder c, van de Wmg;
l. *gerealiseerde omzet:*
i. DBC’s en de daarbij behorende deelprestaties die in kalenderjaar t worden geopend en uiterlijk 1 juli jaar t+2 zijn gehonoreerd, inclusief de correcties volgend uit de materiële controles tot jaar t+2;
ii. de prestaties Basis GGZ die in kalenderjaar t worden geopend en uiterlijk 1 juli jaar t+2 zijn gehonoreerd inclusief de correcties volgend uit de materiële controles tot 1 juli jaar t+2 en;
iii. de gehonoreerde omzet in jaar t[2] verkregen uit declaratie van het overige product ‘Beeldvormend onderzoek/klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken in opdracht van

[1] In het kader van deze nadere regel gaat het uitsluitend om geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.
[2] Tenzij anders vermeld, wordt met jaar t schadelastjaar t bedoeld.

GGZ-aanbieder voor patiënten die extramurale gespecialiseerde GGZ ontvangen’[3];
iv. ZZP GGZ-zorgproducten die zijn geleverd in jaar t en uiterlijk 1 juli jaar t+2 zijn gehonoreerd, inclusief de correcties volgend uit de materiële controles tot jaar t+2.
m. *algemeen gegevensbeheer code (AGB-code):* unieke code die aan iedere zorgaanbieder wordt toegekend, waarmee deze kan worden geïdentificeerd.

Artikel 4. Administratievoorschriften

De zorgverzekeraar richt haar administratie op een zodanige wijze in dat daaruit kan worden afgeleid:
– de gerealiseerde omzet als bedoeld in artikel 3, onderdeel l, van de zorgaanbieder;
– de AGB-code behorend bij de gerealiseerde omzet.

Artikel 5. Gegevensverstrekking

1. De zorgverzekeraar informeert de NZa per AGB-code vóór, doch uiterlijk 1 september van jaar t+2 over het totaal van de gerealiseerde omzet over het jaar t.

2. De informatieverstrekking bedoeld in het eerste lid gebeurt door middel van een door de NZa beschikbaar te stellen formulier. In dit formulier staan de benodigde gegevens en inlichtingen vermeld.

3. De informatieverstrekking bedoeld in het eerste lid bestaat ten minste uit de volgende onderdelen:
   – een ondertekend voorblad van het formulier;
   – AGB-code van de zorgaanbieder;
   – naam, adres, woonplaats/vestigingsplaats van de zorgaanbieder in jaar t+2;
   – gerealiseerde omzet van de zorgaanbieder;
   – een Excelversie van het ingediende formulier, waarbij geldt dat het controlegetal op het Excel-voorblad dient overeen te komen met het ondertekende voorblad;
   – een accountantsverklaring als bedoeld in artikel 7.

Artikel 6. Uitzondering

Artikel 5 is niet van toepassing, indien door de NZa in een collectieve beschikking kenbaar is gemaakt dat de bovengrens met betrekking tot de GGZ niet is overschreden.

Artikel 7. Accountantscontrole gegevensverstrekking

De verzekeraar draagt er zorg voor dat een accountant als bedoeld in artikel 393 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek de juistheid van de op grond van het artikel 5 verstrekte gegevens en inlichtingen vaststelt. Dit is overeenkomstig de wijze die is bepaald in de in artikel 5, derde lid, genoemde formulieren en het daarbij beschikbaar te stellen controleprotocol is aangegeven.

Artikel 8. Wijze van gegevensverstrekking

De zorgverzekeraar verzendt de opgave als bedoeld in artikel 5 naar het e-mailadres vragencure@nza.nl.
Het in artikel 5 bedoelde formulier en het in artikel 7 bedoelde controleprotocol worden beschikbaar gesteld op de website van de NZa (www.nza.nl).

Artikel 9. Overgangsbepaling

De regeling ‘Macrobeheersinstrument geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2015’, met kenmerk NR/CU-555, blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van zorgaanbieders die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en die zijn aangevangen – en al dan niet beëindigd – in de periode dat die regeling gold.

Artikel 10. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2016 en vervalt met ingang van 1 januari 2017. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal deze regeling in de Staatscourant worden geplaatst.

[3] Zie ook de beleidsregel ‘Prestaties en tarieven gespecialiseerde GGZ’.

Deze regeling kan worden aangehaald als: ‘Regeling Macrobeheersinstrument geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016’.

Nederlandse Zorgautoriteit,
M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

TOELICHTING

Algemeen

Voor het jaar 2016 voert de NZa op aanwijzing van de minister het zogenoemde macrobeheersinstrument uit. De gerealiseerde omzet voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg wordt (voorafgaand aan ieder jaar) aan een jaarlijks maximum gebonden. Als (achteraf) blijkt dat dit maximum is overschreden, dienen de zorgaanbieders die onder de reikwijdte van deze regeling vallen hun aandeel in de overschrijding terug te storten in het Zorgverzekeringsfonds. De NZa zal dit aandeel vaststellen aan de hand van het aandeel van de omzet van de individuele zorgaanbieder in het totaal van de omzet van alle zorgaanbieders die onder het macrobeheersinstrument vallen. De gegevens die de NZa hiervoor nodig heeft worden met onderhavige regeling opgevraagd

Artikelsgewijs

Artikel 1

De regeling is van toepassing op de zorgverzekeraars. Zij dienen de NZa te informeren over de gerealiseerde omzet van zorgaanbieders die GGZ leveren. Bij deze omzet horen sinds 2015 ook ZZP's GGZ die uit de Zvw worden bekostigd.

Artikel 5

De zorgverzekeraars verstrekken aan de NZa de gevraagde gegevens. In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013–2014, paragraaf xvi, was vastgelegd dat de zorgverzekeraars voor de werking van het MBI bij de NZa declaratie-informatie per zorgaanbieder aanleveren. Artikel 5 regelt deze verplichting.

Artikel 5, lid 1

De Minister van VWS laat de NZa schriftelijk weten of er sprake is van een overschrijding. Alleen als er sprake is van een overschrijding, is de gegevenslevering door verzekeraars van belang. In dat geval zal op basis van de opgave per AGB-code de gerealiseerde omzet GGZ moeten worden bepaald waarover de korting gaat plaatsvinden.

Als er geen sprake is van een overschrijding dan is een gegevensuitvraag niet van toepassing en vervalt de verplichting tot gegevensverstrekking. In dat geval zal de NZa door middel van een collectieve beschikking kenbaar maken dat de macrogrens niet is overschreden en dat zorgaanbieders hun omzet kunnen behouden.

Artikel 5, lid 3

In artikel 5, lid 3 worden de onderdelen genoemd die ten minste in de informatieverschaffing dienen te staan.

Artikel 6

Bekendmaking zal normaliter uiterlijk augustus t+2 plaatsvinden.